FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1926 — N°

# THÈSE

POUR LE

# DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

**Paul MER**

INTERNE DES HOPITAUX DE PARIS
Né à Gap (Hautes-Alpes), le 30 août 1898

# DE LA COLPOTOMIE ET DE LA VACCINOTHÉRAPIE

## DANS LES SALPINGITES ET PÉRISALPINGITES SUPPURÉES

*Président :* M. J.-L. FAURE, *Professeur.*

GRENOBLE
IMPRIMERIE SAINT-BRUNO, F. EYMOND, *dir.*

1926

**LE DOYEN : M. ROGER**

**PROFESSEURS**

| | MM. |
|---|---|
| Anatomie | NICOLAS. |
| Anatomie médico-chirurgicale | CUNÉO. |
| Physiologie | ROGER. |
| Physique médicale | STROHL. |
| Chimie organique et chimie générale | DESGREZ. |
| Bactériologie | LEMIÈRE. |
| Parasitologie et thérapeutique générale | Marcel LABBÉ. |
| Pathologie médicale | SICARD. |
| Pathologfie chirurgicale | LECÈNE. |
| Anatomie pathologique | ROUSSY. |
| Histologie | PRENANT. |
| Pharmacologie et matière médicale | TIFFENEAU. |
| Thérapeutique | CARNOT. |
| Hygiène et médecine préventive | Léon BERNARD. |
| Médecine légale | BALTHAZARD. |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie | MÉNÉTRIER. |
| Pathologie expérimentale et comparée | RATHERY. |
| Clinique médicale | GILBERT.<br>BEZANÇON.<br>ACHARD.<br>WIDAL. |
| Hygiène et clinique de la première enfance | MARFAN. |
| Clinique des maladies des enfants | NOBECOURT. |
| Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale. | CLAUDE. |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques | JEANSELME. |
| Clinique des maladies du système nerveux | GUILLAIN. |
| Clinique des maladies infectieuses | TEISSIER. |
| Clinique chirurgicale | DELBET.<br>HARTMANN.<br>LEJARS.<br>GOSSET. |
| Clinique ophtalmologique | TERRIEN. |
| Clinique urologique | LEGUEU. |
| Clinique d'accouchement | COUVELAIRE.<br>BRINDEAU.<br>JEANNIN. |
| Clinique gynécologique | J.-L. FAURE. |
| Clinique chirurgicale infantile et orthopédique | OMBREDANNE. |
| Clinique thérapeutique médicale | VAQUEZ. |
| Clinique oto-rhino-laryngologique | SÉBILEAU. |
| Clinique thérapeutique chirurgicale | DUVAL. |
| Clinique propédeutique | SERGENT. |
| Professeurs sans chaire | BRANCA.<br>ROUVIÈRE. |

**AGRÉGÉS EN EXERCICE**

MM.

ABRAMI, Pathologie médicale.
AUBERTIN, Pathologie médicale.
BASSET, Pathologie chirurgicale.
BAUDOUIN, Pathologie médicale.
BINET, Physiologie.
BLANCHETIÈRE, Chimie biologique.
BRULÉ, Pathologie médicale.
CADENAT, Pathologie médicale.
CHAMPY, Histologie.
CHIRAY, Pathologie médicale.
CLERC, Pathologie médicale.
DEBRE, Hygiène.
I. DE JONG, Anatomie pathologique.
DUVOIR, Médecine légale.
ECALLE, Obstétrique.
FIESSINGER, Pathologie médicale.
FOIX, Pathologie médicale.
MULON, Histologie.
PHILIBERT, Bactériologie.

MM.

RICHET Fils, Physiologie.
GARNIER, Pathologie expérimentale.
HARVIER, Pathologie médicale.
HEITZ-BOYER, Urologie.
HOVELAQUE, Anatomie.
JOYEUX, Parasitologie.
LABBE H., Chimie biologique.
LARDENNOIS, Pathologie chirurgicale.
LEMAITRE, Oto-rhino-laryngologie.
LEVY-SOLAL, Obstétrique.
LHERMITE, Pathologie mentale.
LIAN, Pathologie médicale.
MATHIEU, Pathologie chirurgicale.
METZGER, Obstétrique.
MONDOR, Pathologie chirurgicale.
MOURE, Pathologie chirurgicale.
VAUDESCAL, Obstétrique.
VERNE, Histologie.
VELTER, Ophtalmologie.

## AGREGES RAPPELÉS A L'EXERCICE

**pour le service des examens**

MM.

ALGLAVE, Pathologie chirurgicale.
GOUGEROT, Pathologie médicale.
GUENIOT, Obstétrique.
LE LORIER, Obstétrique.
MOCQUOT, Pathologie chirurgicale.

MM.

RETTERER, Histologie.
RIBIERE, Pathologie médicale.
TANON, Pathologie médicale.
VILLARET, Pathologie médicale.

## AGRÉGÉS CHARGES DE COURS A TITRE PERMANENT

MM.

AUVRAY, Clinique chirurgicale.
CHEVASSU, Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE, Clinique médicale.
LEREBOULLET, Clin. médicale infantile.

MM.

LERI, Clinique médicale.
LOEPER, Clinique médicale.
PROUST, Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ, Clinique chirurgicale.

## CHARGÉS DE COURS

MM.

| | |
|---|---|
| MAUCLAIRE ..... | Chirurgie orthopédique chez l'adulte |
| FREY ..... | Stomatologie. |
| CHAILLEY-BERT ..... | Education physique. |
| LEDOUX-LEBARD ..... | Radiologie clinique. |

---

*Par décision en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.*

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

*A tous deux faible témoignage de ma reconnaissance et de ma piété filiale.*

A LA MÉMOIRE DE MES SŒURS

A MES PARENTS

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

M. Le Professeur J.-L. FAURE

Professeur de Clinique gynécologique à la Faculté de médecine de Paris
Chirurgien de l'hôpital Broca.

*qui m'a fait le très grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS :

Stages :

M. le Professeur MÉNÉTRIER (1917-1918).
M. le Professeur CARNOT (1919).
M. le Docteur RICHE (1920).

Externat :

M. le Docteur QUEYRAT (1920).

Internat de l'Hospice de Brévannes :

M. le Docteur AUBERTIN (1921).
M. le Docteur M. RENAUD (1922).

Internat de l'Institution Sainte-Périne et Internat provisoire :

M. le Professeur agrégé VILLARET (1923).

Internat des Hôpitaux :

M. le Docteur BAUMGARTNER (1924).
M. le Docteur SORREL (1924).
M. le Docteur MOUCHET (1925).
M. le Professeur agrégé LE LORIER (1925).
M. le Docteur CHIFOLIAU (1926),

*qui a bien voulu nous conseiller et nous guider dans ce travail. Hommage respectueux de notre reconnaissance.*

A MES AUTRES MAITRES DANS LES HOPITAUX

MM. les Docteurs :

GOUVERNEUR, DE GAUDART D'ALLAINES, MARTIN, DUMONT, SÉNÈQUE.

# DE LA COLPOTOMIE ET DE LA VACCINOTHÉRAPIE
## DANS LES SALPINGITES ET PÉRISALPINGITES SUPPURÉES

### INTRODUCTION — HISTORIQUE

La colpotomie est une vieille opération chirurgicale : c'est le plus ancien mode de traitement connu des collections pelviennes.

La colpotomie fut seule employée pendant toute l'époque « préhistorique », ainsi que l'a dénommé Morely dans sa thèse. Cette époque dura jusqu'à Lawson-Tait.

Ce chirurgien montra que les salpingites étaient le plus souvent des poches purulentes énucléables complètement par voie abdominale. Et, dès lors, la colpotomie fut à peu près abandonnée.

Une autre méthode naquit : l'ablation de l'organe malade. Et la discussion se circonscrit alors entre les partisans de l'ablation seule de la trompe malade et ceux de l'hystérectomie complète soit vaginale (Péan, 1887) soit abdominale (Polk, Krug, 1892).

Mais, dès 1886, Laroyenne (de Lyon) avait lutté contre cette castration systématique. Bientôt un revi-

rement se fit et, en 1898, une longue discussion à la Société de Chirurgie remit en faveur la colpotomie. Depuis, de nombreux travaux furent publiés sur cette question. La thèse Morely fit date dans leur nombre.

Il semble donc que tout ait été dit sur la colpotomie. C'est une intervention qu'actuellement tous les chirurgiens sont prêts à pratiquer.

Cependant, il nous a paru que deux points importants doivent être fixés :

1° Sans vouloir opposer la colpotomie à la salpingectomie, nous voudrions montrer que dans certains cas la colpotomie peut être une excellente opération paillative permettant d'attendre un refroidissement, d'ailleurs plus rapide des lésions ; permettant surtout de pratiquer ultérieurement des interventions conservatrices chez des femmes jeunes susceptibles de devenir mères ;

2° D'autre part, il nous a semblé que la colpotomie doit avoir des indications précises et limitées, et qu'on ne doit la pratiquer que dans certaines conditions.

Chapitre Premier

# TECHNIQUE OPÉRATOIRE

La technique opératoire de la colpotomie est d'une grande simplicité et pratiquement exempte de tout accident possible.

Nous ne ferons qu'en signaler les temps classiques, nous permettant simplement quelques réserves au sujet du drainage.

La femme est mise en position gynécologique, la vulve rasée et savonnée, la vessie vidée, par sondage au besoin. Une légère couche de teinture d'iode dédoublée est étendue sur les surfaces cutanées environnantes.

Une excellente pratique consiste à nettoyer le vagin à l'éther. Pour ce faire, une valve longue vaginale déprime la fourchette, faisant béer la cavité vaginale. On verse de l'éther dans le vagin, et une compresse montée nettoie toute la cavité vaginale et surtout le col et les culs-de-sac.

Puis on procède à la colpotomie elle-même.

1° **Lieu d'élection.** — On amarre la lèvre postérieure du col avec une pince de Museux. On attire légèrement le col, en le portant surtout en avant, ce pendant qu'une valve vaginale courte déprime la fourchette. On expose ainsi le cul-de-sac postérieur.

D'ailleurs ce cul-de-sac est le plus souvent déplissé par la saillie de la poche purulente qui est derrière.

On va pratiquer la colpotomie exactement au point où le vagin vient s'insérer sur la face postérieure du col.

2° **Ouverture de l'abcès.** — Elle se fait en deux temps :

*a*) En se servant des ciseaux de Dubois, on incise le vagin suivant une ligne perpendiculaire à l'axe du col, sur 2 cm. environ.

On pratique cette incision de la pointe des ciseaux sans dépasser l'épaisseur du vagin et en dirigeant cette pointe vers la face postérieure de l'utérus.

A ce moment, le plus souvent, la tranche vaginale saigne un peu, mais jamais d'une façon inquiétante. Si une artériole vaginale donnait quelque peu, on pourrait la pincer et en pratiquer l'hémostase par torsion.

*b*) Délaissant les ciseaux, on se munit d'un clamp courbe résistant. La main gauche placée sur la région sus-pubienne déprime l'abdomen et abaisse la collection vers le vagin. Introduisant le bec de l'instrument dans l'incision vaginale, on l'enfonce avec une certaine énergie, d'un geste sec mais modéré dans son étendue. On doit faire en sorte que la pointe en suive de très près la face postérieure de l'utérus. Immédiatement le pus jaillit.

Quelquefois on ne rencontre pas immédiatement la poche. Et ce n'est qu'après avoir enfoncé l'ins-

trument de 3 à 4 cm. que l'on perfore l'abcès. Avec les réserves que nous ferons ultérieurement sur les cas où l'on doit pratiquer une colpotomie, on n'aura jamais à aller chercher au loin une poche salpingienne fixée à la hauteur d'une corne utérine.

La colpotomie est terminée. Il ne reste qu'à retirer l'instrument en écartant modérément les deux branches de façon à agrandir la largeur du trajet. Le pus s'écoule en plus ou moins grande abondance. On peut, pour achever le nettoyage de la poche, pratiquer une irrigation à l'eau oxygénée très diluée à l'aide de la sonde de Demelin.

3° **Drainage.** — Tous les ouvrages classiques que nous avons consultés conseillent le drainage à l'aide d'un tube en caoutchouc en T.

Outre que ce drain peut se boucher, se couder ou se déplacer, à notre avis, cette pratique est inutile et semble même pouvoir être dangereuse.

En effet, pour être de quelque utilité ce drainage doit être pratiqué à l'aide d'un drain d'un assez fort calibre ; par suite, relativement rigide. Or, la femme étant couchée, ce drain va être appliqué contre le rectum par le poids de l'utérus et de la vessie pleine. Or, on connaît le danger de ces compressions prolongées du tube digestif par les drains. Et quoique nous n'en ayons retrouvé aucun exemple dans la littérature, il est probable que la présence de ce drain a dû occasionner plus d'une fistule recto-vaginale haute et des plus difficile à traiter par la suite. Il nous a paru que ce drainage pouvait être remplacé

par une surveillance attentive de l'orifice de colpotomie.

Il suffit de tenir la femme demi-assise dans son lit pour faciliter l'écoulement du pus.

On donnera tous les jours deux injections sous faible pression, avec un speculum mis en place. Et tous les deux ou trois jours, on vérifiera que l'orifice de colpotomie est perméable. Au besoin, on l'agrandira à l'aide du clamp courbe.

D'ailleurs on s'apercevrait facilement d'une occlusion prématurée à la marche de la température : en effet, celle-ci est tombée vers 37° dès le deuxième jour. Elle s'y maintient à moins qu'une certaine rétention ne se produise. Un petit clocher à 38° se dessine, appelant l'attention. La réouverture du trajet s'impose et est alors des plus facile.

Ceci dit, nous désirons faire cependant quelques réserves quant à l'inutilité et au danger possible du drainage. En effet la critique que nous en avons faite s'adresse surtout au gros drain en T classique.

Cette critique semble ne pas devoir être aussi catégorique vis-à-vis du drain à ailettes employé par le professeur J.-L. Faure. Ce drain constitue une sorte de grosse sonde de Petzer. Son diamètre et sa rigidité surtout sont beaucoup moindres que pour le drain en T. Et son emploi constitue un drainage rationnel pouvant rendre les plus grands services.

**Collection séreuse.** — Parfois la collection que l'on ouvre par colpotomie n'est pas une collection de pus. Le liquide qui s'écoule est un liquide séreux,

jaunâtre, clair ou à peine louche. C'est ce qui s'est produit dans le cas de l'observation IV que nous rapportons. Ce cas est une illustration typique de ce qu'écrit le professeur J.-L. Faure : « Quelquefois on « voit s'écouler une certaine quantité de liquide « séreux, et dans les parois lisses de la poche qu'il « remplissait on reconnaît le péritoine. Ce n'est que « plus haut, formant en général la voûte de la cavité « qu'on vient de vider qu'on aperçoit ou qu'on voit « une poche. Ces cas correspondent en général à des « salpingites qui ont déterminé autour d'elles et « surtout au-dessous d'elles une exsudation séreuse « assez abondante accumulée dans le cul-de-sac de « Douglas. »

**Complications.** — Nous pensons que la colpotomie ainsi pratiquée est une intervention des plus simples, à la portée de tout praticien, ne nécessitant qu'une instrumentation minime et sans aucune difficulté. En effet, quelles sont les complications qui peuvent se produire ?

L'une est assez importante. Ce n'est pas à proprement parler une complication. C'est l'*existence d'une ou de plusieurs poches secondaires*. Il est facile de s'en assurer en glissant un doigt dans la cavité de l'abcès. On explorera ainsi entre ce doigt et une main abdominale tout le petit bassin. Si on rencontrait une autre poche on l'ouvrirait de même.

Tout autre incident est des plus rares :

— *Blessure du rectum.*

— *Blessure d'une anse grêle.*

Celles-ci apparaissent comme improbables si l'on se sert d'un instrument très mousse dont on tiendra toujours la pointe au contact de la face postérieure de l'utérus.

**Echecs.** — Pratiquée ainsi, la colpotomie postérieure est appelée à rendre de grands services. Cependant elle peut subir des échecs. L'observation II que nous rapportons en est un exemple.

En effet, ne doivent être colpotomisées que les poches facilement accessibles par le vagin. Or, dans le cas particulier, il est évident qu'il s'agissait d'une collection très haut située. La colpotomie fut sans effet et seule l'incision sus-inguinale permit d'atteindre et de vider l'abcès périsalpingien.

**Que deviennent les malades colpotomisées.** — Toutes ne reviennent pas au chirurgien qui les a prévenues de la nécessité d'une opération ultérieure plus complète.

Un certain nombre de malades, au voisinage de la quarantaine, *restent effectivement guéries.* Un examen pratiqué longtemps après la colpotomie montre que l'utérus a retrouvé sa mobilité ; les annexes ne sont pas douloureuses, les règles sont régulières et non douloureuses. C'est l'exception.

D'autres malades *récidivent*, font de nouvelles périsalpingites, nécessitent une ou deux colpotomies itératives.

La plupart, surtout les femmes jeunes, *conservent des salpingites* susceptibles de subir des poussées

aiguës et, finalement, sont opérées. Une infirmière de la Maison Dubois, colpotomisée à chaud et très améliorée, est revenue dans le service du docteur Chifoliau pour subir une hystérectomie complémentaire. A ce moment, l'état général de la malade laissait beaucoup à désirer, l'urée sanguine dépassant 1 gr. par litre et la constante d'Amblard étant défectueuse. Le docteur Chifoliau a préféré s'abstenir que de faire courir à la malade un trop grand risque opératoire.

Le petit nombre de malades qui reviennent se soumettre à l'hystérectomie complémentaire semble indiquer que beaucoup de patientes sont suffisamment améliorées par la colpotomie pour pouvoir se passer de l'opération haute.

Chapitre II

# INDICATIONS OPÉRATOIRES

C'est ici que nous voulons préciser quelques points particulièrement intéressants à notre avis et dont la mise en pratique est susceptible d'améliorer grandement les résultats opératoires.

## I. — Laparatomie ou Colpotomie ?

C'est une question que le chirurgien a souvent le droit et même le devoir de se poser en présence d'une salpingite suppurée.

Il s'agit d'une femme jeune, à sa première ou au plus seconde poussée de salpingite. L'examen a révélé l'existence d'une collection génitale qui se trouve dans le Douglas. Celui-ci n'est pas ou est peu refoulé par l'abcès pelvien. Tout porte à croire qu'il s'agit d'une poche bien limitée, se trouvant entourée de plans de clivage relativement facile.

D'autre part, la température qui était les jours précédents oscillante vers 38° a cédé légèrement à la glace et au repos, puis elle a repris, dessinant des clochers vespéraux jusqu'à 39°. L'état général est bon.

Que doit-on faire ?

1° **L'expectative** pure et simple est déconseillée par le fait que localement l'empâtement diffus et douloureux des premiers jours a fait place à une masse indurée encore à sa périphérie, mais dépressible en son centre.

Il y a du pus collecté. A-t-on le droit de laisser ce pus *in situ* ?

D'une part, on va courir le danger d'une extension au péritoine, soit par rupture du kyste suppuré, soit par pelvipéritonite extensive.

D'autre part, l'on sait que cette collection va être très lente à se résorber ; qu'elle ne le fera qu'au prix d'un repos prolongé : deux mois au moins. De plus le fait même de cette résorption va entraîner le développement de tissu de sclérose abondant, dur, serré. Au cours d'une hystérectomie ultérieure qui sera peut-être nécessaire, la besogne du chirurgien sera pénible, délicate, et les risques encourus par la malade plus grands.

On doit donc se décider pour une évacuation de ce pus. Par quelle voie ?

2° **La salpingectomie par voie haute ?**

Certes, la solution est tentante et nous croyons que c'est actuellement celle que préfèrent beaucoup de chirurgiens.

Elle a le grand avantage d'extirper aseptiquement et définitivement non seulement la collection suppurée elle-même, mais encore la poche qui la contient.

C'est évidemment la meilleure des techniques.

Mais à une condition qui est capitale : il faut que l'on soit convaincu que l'on va se trouver en présence d'un kyste salpingien, strictement limité à la trompe, *sans la moindre périsalpingite.* Dans ce cas il est évident que la question ne se pose pas : la colpotomie doit entièrement céder le pas à la salpingectomie.

Mais bien souvent il est difficile, sinon impossible, de fixer exactement le degré possible de périsalpingite. A ce début du refroidissement il existe presque toujours un certain empâtement périsalpingien qui peut n'être que de l'œdème inflammatoire, mais qui peut aussi être une infiltration septique. Et alors la salpingectomie sera de pronostic grave.

3° **La salpingectomie par voie abdominale** décrite par MM. Lardennois et Morice a contre elle les mêmes objections. Là encore plus que pour l'ablation de l'organe il faut qu'il y ait absence de toute périsalpingite. En tout cas ce n'est guère qu'au cours même de l'intervention que l'on pourrait se décider pour l'ablation ou pour la simple évacuation.

4° **La colpotomie.**

Et nous en arrivons à la dernière méthode qui s'offre au chirurgien : la Colpotomie.

C'est elle, à notre avis, qu'il convient de pratiquer en cas de doute. Elle offre en effet deux avantages :

*a*) Non seulement pour la pratiquer on n'a pas à craindre l'existence d'une périsalpingite, mais bien au contraire, comme nous le verrons plus loin, *c'est*

*contre cette périsalpingite que la colpotomie est surtout dirigée.*

*b*) Son deuxième grand avantage c'est de *permettre d'attendre.*

Comme nous l'avons appris de notre maître, le docteur Chifoliau, l'attente est une précieuse qualité du gynécologue dans les salpingites. Savoir attendre, savoir temporiser avec le mal, c'est améliorer la situation dans des proportions considérables. Huit, quinze jours d'attente, c'est transformer une intervention pénible en une opération facile, bien réglée, typique.

Attendre, c'est aussi permettre aux lésions de se condenser, de se limiter en foyers restreints. Et alors qu'une intervention à chaud aurait imposé une hystérectomie, l'intervention faite à froid sera simplement une ablation unilatérale des annexes. La femme, si elle est jeune, ne sera pas castrée. Elle gardera la possibilité de devenir mère, et, en tout cas, ne souffrira pas des troubles désagréables d'une ménopause anticipée.

Attendre consiste ici à :

1° évacuer le pus qui s'est enfin collecté ;

2° permettre aux lésions de se cicatriser lentement, spontanément, sans cependant une trop vive réaction fibreuse périsalpingienne, sans adhérences.

Evacuons donc ce pus par colpotomie et abandonnons, sous une surveillance sérieuse, la trompe à son sort. Lorsque la sécrétion purulente sera tarie, lors-

que tout sera cicatrisé, et si la persistance de douleurs nous y pousse, libre à nous alors de pratiquer une intervention haute dans d'excellentes conditions anatomiques et pronostiques.

Nous n'avons malheureusement pas pu parvenir à reconstituer l'observation particulièrement intéressante d'une malade du docteur Chifoliau, qui subit ainsi trois colpotomies successives, celles-ci étant chaque fois imposées par un état local trop sérieux pour que l'on ait pu tenter une extirpation par voie haute.

### II. — La colpotomie peut-elle être pratiquée dans tous les cas ?

Cette question ainsi posée pourrait paraître étrange après ce que nous venons d'exposer, si nous ne prenions la précaution de préciser ce que nous désirons discuter.

Il est évident que la colpotomie s'impose d'urgence dans le cas où l'on se trouve en présence d'une salpingite grave avec pelvipéritonite suppurée bombant dans le Douglas, menaçant de s'ouvrir dans le rectum, température oscillante entre 39 et 40°, état général sérieux. Il y a là un foyer d'infection très virulent. L'idée d'une intervention par voie haute ne se présente même pas ; l'opportunité de la colpotomie évacuatrice d'urgence est évidente.

Mais ce n'est pas le cas que nous envisageons. Il s'agit, comme nous l'avons exposé précédemment, d'une salpingite évoluant normalement, sans très grande gravité. On a assisté dans les jours précédents

à la transformation progressive d'un empâtement diffus occupant tout ou partie du petit bassin en une masse ramollie, assez bien limitée, commençant à bomber. L'état général n'inspire aucune inquiétude. Et nous avons conclu précédemment que le mieux était d'évacuer ce pus par colpotomie.

Ici nous voulons poser un autre problème :

Doit-on ouvrir systématiquement par le vagin toute collection du Douglas de cette nature ?

A notre avis, non. Et voici pourquoi.

La colpotomie, nous l'avons vu, a eu ses détracteurs. Elle en a encore. Cette hostilité doit avoir ses raisons. Nous ne discuterons pas ici certaines d'entre elles :

— l'infection secondaire par les microbes vaginaux ;

— la récidive possible ;

— le danger de perforation du rectum ou d'une anse grêle.

Nous nous attacherons seulement à une de ces raisons : *la fistule consécutive*. On sait depuis longtemps que cette fistule qui ne se produit pas toujours peut être une complication sérieuse de la colpotomie.

Le professeur J.-L. Faure en parle ainsi :

« ... Les fistules, qui ont été souvent notées, sont « dues souvent à ce que l'incision du cul-de-sac a été « employée dans des cas où elle n'était pas parfaite- « ment indiquée..... Ce qu'il y a de certain, c'est « que lorsqu'on l'emploie dans des cas favorables, « la guérison complète est la règle. »

Nous rapportons deux observations typiques à ce sujet :

Dans la première (observation IV), on a nettement vu des poches salpingiennes bomber et c'est sciemment qu'on les a ouvertes : un mois et demi après il persistait encore une fistule.

Dans la deuxième (observation III), la fistule fut plus grave. Il s'agissait d'une salpingite colpotomisée. Deux mois après, il persistait une fistulette qui semblait sans gravité. Ce n'est cependant que sur l'insistance de la malade qu'on pratiqua une intervention. Mais immédiatement une péritonite à streptocoque se déclara et emporta la malade en quarante-huit heures.

Nous voyons donc que la fistule semble être un des arguments les plus sérieux que l'on puisse opposer à la colpotomie.

En réalité, il n'en est rien.

En effet, à quoi peut être due cette fistule ? Il est évident qu'elle est consécutive à l'*ouverture de la cavité tubaire elle-même*. La colpotomie dans ce cas met en communication indirecte deux muqueuses : la muqueuse tubaire a épithélium prismatique simple ; la muqueuse vaginale à épithélium pavimenteux stratifié. Au cours du travail de cicatrisation, les parois du trajet tubo-vaginal que l'on a créé se revêtent d'un épithélium d'emprunt dû à la prolifération soit de l'épithélium vaginal soit de l'épithélium tubaire, soit des deux.

Dès lors trompe et vagin sont réunis par un néo-canal muqueux qui n'a aucune tendance à se fermer

spontanément. De là, cette fistule intarrissable, entretenue par l'infection ascendante : les microbes vaginaux saprophytes gagnent la trompe. Dans la cavité tubaire aux parois malades, enflammées, ils deviennent virulents, comme le font tous germes saprophytes en cavité close.

Il se fait entre vagin et trompe un échange de mauvais procédés et la fistule coule toujours, intarrissable.

Si l'on veut intervenir alors par voie haute, on se trouve dans les plus mauvaises conditions possibles.

Au cours de l'ablation on va forcément être amené à sectionner le trajet fistuleux, à ouvrir la porte à des microbes virulents. Et malgré toutes les précautions aseptiques et même antiseptiques, on risque l'ensemencement de la cavité péritonéale presque toujours, de la paroi presque à coup sûr. Pour peu que l'on ne pratique pas un large drainage, au besoin à l'aide d'un Mickulicz (et l'on recule souvent devant ce drainage), on risque la péritonite et la mort, comme cela s'est produit dans le cas que nous rapportons (observation III).

La fistule succédant à une colpotomie est donc une éventualité grave. Peut-on l'éviter ? Certainement.

En effet, par quoi peut être constitué un abcès du Douglas au cours d'une salpingite ?

*a*) Il peut s'agir simplement de la trompe elle-même qui, obturée à ses deux bouts, est transformée en un kyste purulent du volume du poing. Cette trompe rétrolabée dans le Douglas y est maintenue

en place par quelques adhérences friables au rectum, à la face postérieure de l'utérus ou aux parois latérales. Mais il n'y a pas à proprement parler de périsalpingite suppurée.

*b*) Ou bien au contraire la trompe malade est incluse au milieu d'un magma fibro-purulent qui, progressivement, s'est collecté et a formé abcès. Ici les parois de la poche purulente sont constituées par les parois du cul-de-sac de Douglas lui-même. La trompe est d'ordinaire refoulée en haut dans un paquet d'adhérences utéro-intestinales qui forment le plafond de l'abcès.

Peut-on dans ces conditions pratiquer une colpotomie dans l'un ou l'autre cas ?

*a*) Dans le premier cas, on va à coup sûr ouvrir la trompe. D'où risque de déterminer la constitution de la fistule redoutée.

*b*) Dans le second cas, on va respecter la trompe et on va ouvrir simplement l'abcès du Douglas comme l'on ouvrirait un abcès sous-cutané. Ici pas de risque de fistule. Progressivement, l'abcès se tarira, se comblera, comme le ferait un abcès des parties molles.

Et voici où nous voulions en venir :

*La colpotomie ne doit porter que sur les périsalpingites. On ne doit jamais, sauf nécessité absolue, colpotomiser un abcès intra-salpingien.*

En suivant cette règle, on est sûr du résultat. La suppuration tarie, la plaie se fermera d'elle-même.

Ceci demandera quinze jours, trois semaines, peut-être plus. Mais qu'importe ? Bien au contraire. Pendant ce laps de temps, la salpingite elle-même se sera améliorée, les adhérences seront devenues plus lâches. Il se passera ici ce qu'il est courant d'observer au cours des appendicites : on incise un jour un abcès péri-appendiculaire, on évacue une grosse quantité de pus. Deux ou trois mois après, on pratique une appendicectomie que l'on a prévu devoir être pénible. Et l'on est étonné de la facilité de l'intervention : l'appendice est à peine adhérent, il est même parfois absolument libre, d'apparence presque saine.

De même pour la salpingite, comme nous le montre l'observation I que nous rapportons : les trompes sont à peine adhérentes, faciles à décoller ; on peut même laisser en place un ovaire. Sans drainage, les suites opératoires sont des plus normales.

Il nous a semblé qu'il était intéressant de mettre ainsi en évidence l'avantage considérable qu'il y a à réserver la colpotomie aux périsalpingites en s'en abstenant au cours d'une salpingite limitée à la trompe.

Deux problèmes se posent alors :

1° Comment faire le diagnostic entre une salpingite et une périsalpingite ?

2° Comment traiter une salpingite limitée à la trompe ?

### III. — Diagnostic entre salpingite et périsalpingite

C'est là certainement un diagnostic délicat. Il y faut une certaine expérience de la gynécologie, expérience qui ne s'acquiert qu'avec le temps et l'observation.

A notre avis, ce diagnostic doit reposer sur deux sortes d'éléments : l'état général, le toucher.

1° **L'état général.** — Il est moins touché dans la salpingite que dans la périsalpingite.

a) *Salpingite.* La défense locale de l'organisme est plus facile lorsque les lésions sont limitées à la trompe. L'abcès est solidement bridé par les parois tubaires. Les vaisseaux lymphatiques et sanguins sont séparés du pus sinon par un épithélium, du moins par ce qu'il en reste (basale et chorion). Bref, il y a moins de résorption de produits toxiques et moins d'inoculation microbienne sanguine.

b) *Périsalpingite.* L'organisme pour limiter la lésion a dû bâtir à la hâte une barrière d'adhérences néo-vascularisées. Les néo-vaisseaux sont à peine séparés du pus par une paroi friable, poreuse, d'où résorption toxique abondante, pyohémie locale partielle. D'où état général sinon grave, du moins sérieux.

C'est d'ailleurs pour ces raisons que ce sont surtout les périsalpingites qui posent d'une façon urgente le problème de la colpotomie. Lorsque le tableau est

grave on pourrait presque à coup sûr prévoir que l'on n'aura pas à ouvrir la trompe elle-même.

Et c'est en même temps la raison pour laquelle les fistules après colpotomie sont relativement rares : il n'y a fistule que lorsque c'est un abcès intratubaire qui a nécessité une évacuation rapide.

2° **Le toucher vaginal et rectal.** — C'est là l'élément le plus sûr de diagnostic.

On s'assurera que la vessie est vide ; au besoin, on sondera la femme.

On pratiquera soigneusement le toucher vaginal avec deux doigts d'une main pendant que l'autre main placée sur l'abdomen cherchera à recueillir des sensations qui complèteront celles perçues par les doigts vaginaux.

a) *Salpingite.* On a l'impression d'une masse postéro-latérale par rapport au col, lequel est refoulé du côté opposé. Cette masse est en moyenne du volume du poing. Mais surtout c'est une masse arrondie, lisse, aux contours nets. Elle est douloureuse, mais d'une douleur modérée et limitée.

On peut mobiliser cette masse partiellement entre les deux mains, ce qui permet d'y percevoir une rénitence caractéristique.

Bref, on diagnostique la présence d'une collection tendue, en partie fixée par des couches inflammatoires. Mais tout cela donne l'impression de bien limité.

Ce diagnostic est confirmé par le toucher rectal :

il montre une masse arrondie, lisse, douloureuse, masquant plus ou moins l'utérus.

b) *Périsalpingite.* Ici, les données du toucher sont toutes autres.

Tout d'abord ce toucher est beaucoup plus douloureux. La paroi vaginale est épaissie, œdématiée. Puis ce que l'on perçoit au delà de cette paroi, c'est un empâtement diffus, ramolli à son centre, avec parfois une vague sensation fruste de fluctuation. Il existe un blocage total ou partiel du pelvis qui se perd progressivement sur ses côtés, descend en pointe vers la cloison recto-vaginale, immobilise le corps utérin qui est perdu dans son épaisseur.

Parfois d'autres signes fonctionnels attirent l'attention vers le rectum : ce sont des douleurs pulsatiles, avec faux besoins ; des pertes glaireuses rectales qui font redouter une prochaine ouverture par le rectum.

Le toucher rectal absolument indispensable montre un gâteau pelvien dur, plus ou moins bombant, véritable mur derrière lequel le doigt ne perçoit ni le corps utérin, ni les trompes.

Ce sont ces périsalpingites qu'il faut surveiller de près. Car bien souvent on n'a qu'une impression fugace de la présence du pus. Mais il faut savoir se contenter de cette impression, surtout lorsque la température devient oscillante. Il faut colpotomiser à temps si l'on veut le faire avec succès et éviter une ouverture dans le rectum (observation VII), ou même des accidents mortels (observation VI).

### IV. — Traitement d'une salpingite pure

Le diagnostic établi est celui de salpingite limitée à la trompe, sans périsalpingite.

Pour les raisons que nous avons exposées on recule dans ces conditions devant une colpotomie. Que faire ?

Deux solutions s'offrent :

L'extirpation par voie haute semblerait permise puisqu'on nie l'existence d'une périsalpingite. Mais, en pratique, n'y a-t-il pas un certain degré de réaction septique autour de la trompe ? Puisque l'on surveille quotidiennement la malade, pourquoi ne pas attendre ?

C'est là l'autre solution, de beaucoup la meilleure. Nous avons vu tous les bénéfices de cette attente. Certes, nous le savons, c'est condamner la malade à deux mois, parfois plus, de lit, de glace, de traitement fastidieux. Mais puisque nous nous refusons et la colpotomie et la salpingectomie, nous n'avons plus le choix.

D'ailleurs cette décision d' « attendre » ne sera pas souvent la solution la plus simple pour le chirurgien. Il faudra qu'il sache refuser l'intervention à une malade qui le harcèlera de demandes, de supplications même. Il lui faudra faire comprendre les dangers d'une intervention trop hâtive, quoique probablement indispensable par la suite.

Malheureusement, souvent et surtout dans les milieux hospitaliers, la malade invoquera des soucis

matériels : son ménage à soigner, la vie de ses enfants à gagner... et ainsi trop souvent le chirurgien devra se résoudre à une intervention trop précoce à son gré. Mais que toujours il se souvienne que chaque jour gagné est peut-être un risque de moins à courir.

Naturellement, dans ce cas et la main forcée, c'est à la voie haute que l'on aura de préférence recours, car la colpotomie de la trompe risquerait d'entraîner une fistule.

Mais admettons que la malade accepte l'abstention et l'attente. Quel traitement instituer ?

*Le repos au lit*, complet, absolu. Ne même pas autoriser le lever de la malade pour aller à la selle ;

*La glace*, jour et nuit. Il est facile de voir qu'une malade, contrairement à sa promesse, n'a pas gardé sa place : le lendemain, sa température a augmenté de 3 ou 4 dixièmes ;

*Les injections vaginales chaudes :* trois fois par jour avec un antiseptique léger (liqueur de Labarraque) ;

*Un ovule à l'argyrol au* 1/10, la nuit ; car il convient de traiter la vaginite et la métrite, causes de la salpingite ;

Enfin, *la vaccinothérapie*. Nous nous proposons d'en étudier l'état actuel dans le très court chapitre suivant.

Chapitre III

# LA VACCINOTHÉRAPIE

La question du traitement des salpingites par les sérums et les vaccins a été fort discutée et de nombreuses publications ont été publiées à ce sujet. L'école lyonnaise en particulier a beaucoup étudié ce problème.

Tout d'abord nous ne ferons que citer la question de *la sérothérapie* antistreptococcique et antigonococcique. Elle apparaît actuellement comme tranchée : aucun résultat appréciable ne semble suivre son emploi. Peut-être cette sérothérapie sortira-t-elle un jour de l'obscurité où elle est plongée.

La question de *la vaccinothérapie* a beaucoup plus retenu l'attention des expérimentateurs. Bien qu'elle en soit encore à une phase de tâtonnements, elle mérite certainement le rôle qu'on veut lui faire jouer. Malheureusement, le temps apparaît encore lointain où elle donnera à coup sûr les résultats que l'on est en droit d'en attendre.

Quels sont les vaccins dont nous pouvons disposer ?

Deux variétés s'offrent à nous :

1° **Les stock-vaccins.** — *a*) Le type en est le *vaccin du professeur Delbet ou Propidon.*

Ce vaccin contient du streptocoque, du staphylo-

coque et du pyocyanique poussés sur bouillon de culture et atténués ensuite.

On en pratique des injections croissantes tous les trois jours : 1/2, 1, 1 1/2, 2 $cc^3$.

*b*) Un autre vaccin polyvalent est celui *de Voron* (de Lyon). Il contient du gonocoque, du colibacille, de l'entérocoque, du staphylocoque et du streptocoque.

On en pratique tous les deux jours des injections de 1 1/2-2 $cc^3$.

Outre ces deux vaccins polyvalents il en existe bien d'autres. Leur composition et leur fabrication varient selon les auteurs et selon :

— les microbes contenus et leur nombre ;

— le liquide dans lequel ils sont émulsionnés : eau physiologique, bouillon peptoné, bouillon glucosé, solution formolée, etc. ;

— la méthode employée pour atténuer la virulence des microbes : on a préconisé la chaleur, le vieillissement, les ultra-violets, l'éther, l'iode, l'acide phénique, le formol, le fluorure de sodium.

2° **Les auto-vaccins.** — Ils ont l'inconvénient de nécessiter une attente de quelques jours pour leur préparation, alors que les stock-vaccins peuvent être employés extemporanément. Par contre, ils semblent avoir une action plus spécifique. La difficulté est de les préparer.

Pour les salpingites streptococciques post-abortives, voici comment procède Voron (de Lyon) :

Il isole des lochies le streptocoque. Mais si cet isolement est facile au début de l'infection, il le devient beaucoup moins par la suite : le streptocoque est en effet submergé par les microbes d'infection secondaire.

Pour effectuer l'ensemencement, on désinfecte le vagin par une solution antiseptique. Une demi-heure après, un speculum stérilisé est introduit. Une pipette stérilisée recueille quelques gouttes du pus qui s'écoule du col.

On ensemence sur gélose au sang (gélose 19 + sang 1). On isole ensuite le streptocoque. Puis on le fait passer sur bouillon. Celui-ci, au bout de vingt-quatre heures, contient une belle culture. On recueille alors celle-ci par centrifugation et on l'atténue par chauffage à 60° pendant 1 heure. On titre l'émulsion à 500 millions par $cc^3$.

On pratiquera des injections d'auto-vaccin tous les deux jours à raison de 1 à 2 $cc^3$.

### Quels sont les résultats obtenus ?

1° **Le stock-vaccin** provoque souvent une violente réaction. On lui a même imputé des cas de mort. En fait ceux-ci sont infiniment rares et ne contre-indiquent nullement l'emploi de ce précieux agent thérapeutique.

En règle générale, on provoque des accidents assez marqués : température à 40°, frissons, cyanose-dyspnée, vomissements. Ces phénomènes ressemblent à

ceux du stock colloïdal. Ils sont plus intenses avec le Propidon qu'avec les autres.

Par la suite, on remarque avant tout une chose : *la diminution et même la disparition de la douleur pelvienne.*

Nous avons pu maintes fois constater ce résultat sur les malades que nous avons vues traitées par le Propidon. C'est également l'opinion de Kus, celle de Cotte et Creyssel, celle de Voron, celle de Richard dans sa thèse, etc.

Nous avons pu encore maintes fois observer *une chute en lysis assez rapide de la température.*

Par contre *aucun auteur ne signale d'action régressive nette sur le processus de purulence.* Dans trois cas de Voron, malgré la disparition de la douleur, la colpotomie fut nécessaire.

En résumé, il semble que le stock-vaccin agit en partie sur la douleur et la température dans les états aigus soit primitifs, soit greffés sur une salpingite chronique.

2° **L'auto-vaccin,** lui, donne peu de réaction générale. Mais son action apparaît comme moins sensible surtout à la période d'état, au cours des accidents aigus.

Par contre, lors de la défervescence, il semble augmenter les anticorps de l'organisme. Il jugule les dernières poussées fébriles. Il empêche les petits foyers de se rallumer lors du premier lever de la malade. Il limiterait donc la durée de la crise salpingienne.

Que pouvons-nous conclure de cette très courte étude ?

Tout d'abord que les données actuelles sur la vaccinothérapie des annexites sont loin d'être définitives. Cependant, dès maintenant on peut dire que :

1° La vaccination est une méthode intéressante et doit de toute façon être l'adjuvant de l'acte chirurgical, colpotomie ou autre.

2° Au début de la crise salpingienne, lorsque le pus n'est pas encore collecté, lorsque la malade souffre, il convient d'employer le stock-vaccin.

Il servira à atténuer la douleur et la fièvre. Il augmentera peut-être les anticorps, limitera par là le foyer et préparera en quelque sorte l'acte chirurgical.

3° Dans un cas analogue à celui que nous avons exposé, où le chirurgien recule devant la salpingectomie comme devant la colpotomie, il devra adjoindre la vaccinothérapie au traitement médical d'attente :

— stock-vaccin au début,

— auto-vaccin au bout de huit jours, laps de temps qui aura permis de le préparer si cela a été possible.

# OBSERVATIONS

Observation I. — Mademoiselle L..., 26 ans.

Antécédents pathologiques peu chargés : une rougeole et une coqueluche dans sa jeunesse.

A 19 ans, grossesse et accouchement normal.

Jusqu'en 1921, Mademoiselle L... est bien portante, bien réglée. Simplement, quelques pertes blanches avant ses règles.

A partir de janvier 1921, elle souffre une à deux fois par mois de crises douloureuses violentes au niveau du bas-ventre.

En 1922, une fausse couche provoquée. Celle-ci est suivie de rétention et d'infection. La malade est hospitalisée à l'hôpital Cochin. On pratique un curettage.

Une salpingite droite se déclare huit jours après. Elle est traitée par la glace et la vaccinothérapie et sort de l'hôpital deux mois après.

De 1922 à 1925, tout semble rentré dans l'ordre et la malade signale simplement des règles abondantes et douloureuses. Pas de pertes blanches.

Le 5 juin 1925, nouvelle crise de salpingite. La malade entre à l'hôpital Saint-Louis, dans le service du docteur Chifoliau où nous la voyons.

Douleurs à prédominance droite, vomissements quotidiens, pertes abondantes de sang rouge avec caillots. Température à 39°.

Au toucher vaginal, on trouve un empâtement de tout le petit bassin, surtout dans les culs-de-sac postérieur et droit.

Trois jours après son entrée à l'hôpital, sous l'influence de la glace et du repos, la température oscille autour de 38°. Localement, l'empâtement s'est un peu ramolli et nous pratiquons une colpotomie qui donne issue à une grosse quantité de pus verdâtre, fétide. Pas de drainage.

Dans les jours suivants, la température tombe à 37°. On surveille l'orifice de colpotomie que l'on est amené à agrandir à trois reprises.

Le 18 août, la malade ne perd plus de pus et sort de l'hôpital : légères douleurs dans le bas-ventre à la fatigue. Plus de pertes. Règles normales.

Cependant, deux mois après des douleurs plus vives réapparaissent, nécessitant chaque fois un repos de deux à trois jours au lit. La malade consulte de nouveau dans le service du docteur Chifoliau : les deux trompes sont augmentées de volume, partiellement mobiles, douloureuses. Les annexes gauches semblent plus volumineuses que les droites. L'utérus est mobile.

Une intervention est décidée et pratiquée le 5 octobre 1926 : l'utérus est gros, environné d'adhérences anciennes, nombreuses, filamenteuses. Il existe un hydrosalpinx bilatéral, plus volumineux à gauche. On pratique une hystérectomie subtotale avec conservation d'une partie de l'ovaire droit. Fermeture sans drainage.

Suites opératoires des plus normales.

Observation II. — Madame E..., 29 ans.

Entre en février 1923 à la Maison Dubois pour douleur abdominale avec fièvre. L'examen montre une masse douloureuse bombant dans le cul-de-sac postérieur. Le chirurgien de garde appelé porte le diagnostic d'annexite suppurée et pratique une colpotomie d'urgence.

Au bout de trois jours, la malade ne va pas mieux. La température monte, l'état général est mauvais, les traits sont tirés. L'interne du service constate un prolapsus très marqué de la paroi vaginale antérieure. Le docteur Chifoliau est appelé en consultation : l'orifice de la colpotomie sécrète peu ; dans le cul-de-sac antérieur une fluctuation persiste après évacuation de la vessie par sondage. La palpation de l'abdomen montre une grosse tuméfaction qui se prolonge dans la fosse iliaque droite et au-dessus de l'arcade crurale, tuméfaction douloureuse, tendue, fluctuante.

On pratique une incision sus-inguinale sous-péritonéale ; on évacue une énorme collection pelvienne. Drain.

L'état général s'améliore très rapidement et, un mois après, la malade quitte l'hôpital.

Le 13 octobre 1923, la malade est revue. Dans le cul-de-sac

postérieur existe une cicatrice douloureuse. Les annexes gauches forment une masse gauche dans le Douglas.

Le 30 octobre 1923, la malade entre à la Maison Dubois : il existe une douleur dans l'abdomen à gauche. Au toucher, grosse masse qui bombe dans le cul-de-sac gauche. Urée : 0 gr. 50.

On pratique une laparatomie : salpingo-ovarite double, de la grosseur du poing à gauche. Les deux trompes sont très adhérentes dans le cul-de-sac postérieur. On conserve l'utérus et l'ovaire droit.

Les suites opératoires sont bonnes.

La malade est revue le 10 novembre 1924 : elle est réglée régulièrement depuis l'opération. Elle souffre légèrement à gauche. Bon état général. Cicatrice solide.

Observation III. — Madame P..., 26 ans.

Le 1er mars 1922, Madame P... vient consulter le docteur Chifoliau.

Le 18 février précédent, elle a ressenti de très vives douleurs dans le ventre. Elle a alors consulté un chirurgien qui a porté le diagnostic de kyste (?) et conseillé une intervention.

La malade est bien réglée.

Au cours de l'interrogatoire, Mme P... avoue qu'elle a fait une fausse couche provoquée.

A l'examen, tuméfaction douloureuse sus-pubienne gauche. Au toucher vaginal, grosse masse douloureuse assez lisse et régulière dans le cul-de-sac postérieur, adhérente à l'utérus. On porte le diagnostic de salpingite gauche volumineuse. A ce moment, la malade est fébrile (39°).

Le lendemain, la masse du cul-de-sac augmente ainsi que les douleurs.

Le 3 mars, on pratique sous éther une colpotomie qui évacue plus d'un litre de pus jaunâtre. On a nettement l'impression d'être dans une cavité à parois lisses, très certainement la cavité tubaire elle-même. Drain en T.

Les jours suivants, malgré les lavages, la température persiste ; puis, finit par s'abaisser. Le drain est enlevé au bout de six jours.

La malade sort le 18 mars avec une fistule persistante qui continue à suppurer. L'état général est assez mauvais.

Un mois après, la malade est revue. L'état général est très amélioré. Mais la fistule persiste et sécrète.

Au toucher, le cul-de-sac postérieur est encore très empâté, mais non douloureux. Malgré les instances de la malade, on refuse de l'opérer et on la laisse encore un mois au repos.

Pendant ce mois, rien d'anormal. Du 5 au 10 mai, des règles très abondantes.

Enfin, étant donné l'insistance que met la malade à se faire opérer ; étant donné que l'état général est bon, que la fistule, sans être tarie complètement, donne moins, on se décide à une intervention.

Celle-ci a lieu à la Maison Dubois, le 16 mai.

A ce moment, le ventre est souple, peu sensible.

Au toucher, une annexite bilatérale. Au niveau de la cicatrice vaginale, il persiste une fistulette.

Laparatomie médiane : annexes droites très adhérentes et malades. On en pratique l'ablation. On libère les annexes gauches d'adhérences plus lâches. La malade ayant beaucoup insisté pour qu'on lui conserve la possibilité d'avoir des enfants, on lui conserve les annexes gauches. On pratique une hystéropexie. Gros drain et mèche.

Le lendemain, 17 mai, la température est à 39° le matin, à 41° le soir. A ce moment un examen de la sérosité abdominale qui s'écoule du drain montre la présence de streptocoque.

Le 18, au matin, la malade meurt, emportée par une péritonite suraiguë.

Observation IV. — Mademoiselle P..., 29 ans, mécanicienne.

Entre à l'hôpital, le 6 mai 1919, pour des pertes blanches abondantes et des douleurs dans le bas-ventre.

L'examen montre l'existence d'une collection bombant dans le Douglas.

On pratique une colpotomie postérieure. Celle-ci ouvre une vaste poche périsalpingienne remplie d'un liquide séreux. Dans le fond de cette première poche, on aperçoit deux gros pyosalpinx tendus dont on effondre la paroi. Des deux côtés, on donne issue à du pus. Drain en T. Mèche à l'ectogan.

On revoit la malade un mois et demi après. Il existe une induration du cul-de-sac postérieur à laquelle adhère la face

postérieure de l'utérus. La plaie n'est pas fermée et il persiste une fistule due à l'ouverture des trompes.

Le 8 septembre suivant, la fistule est fermée. Le cul-de-sac postérieur s'assouplit.

Le 28 novembre, utérus en rétroversion adhérente.

La malade est ensuite perdue de vue.

Observation V. — Madame G..., 28 ans.

Entre à l'hôpital le 15 avril 1921.

Malade réglée normalement depuis l'âge de 12 ans.

En 1914, une grossesse mal supportée.

En 1917, une fausse couche de un mois et demi.

En 1919, une fausse couche de deux mois.

Depuis, règles douloureuses, mais régulières.

En juillet 1921, les règles deviennent très peu abondantes, avec fièvre, troubles digestifs. Apparition de pertes blanches, bientôt jaunes, abondantes, fétides.

Au début d'avril, violentes coliques. Le ventre est ballonné, douloureux. Les jours suivants, hémorragies vaginales. Température à 39°5. La langue est sale ; constipation opiniâtre ; céphalée.

Au toucher, grosse masse fluctuante dans le cul-de-sac postérieur, immobilisant le corps utérin.

On ne pratique pas de colpotomie à ce moment.

Le 16, selles sanguinolentes, glaireuses.

Le 22, un peu de pus s'écoule par l'anus.

Le 23, écoulement considérable de pus par l'anus.

Le 24, on pratique une colpotomie postérieure : le pus sort en abondance. Drain en T et mèche.

La température tombe dans les jours suivants.

Amélioration rapide de l'état général. La malade sort guérie le 11 mai. Elle n'est pas revue depuis.

Observation VI. — Madame C..., 30 ans ; manutentionnaire.

Entre à l'hôpital le 30 avril 1919 pour douleurs dans le bas-ventre.

Le toucher est très douloureux : existence d'une grosse périmétro-salpingite ne bombant pas dans le cul-de-sac postérieur, mais ne bloquant pas l'utérus.

La périmétrite est surtout marquée en avant et dans le cul-de-sac gauche.

La température ne dépasse pas 38°.

Le 5 mai, vers minuit, une douleur atroce se produit, en coup de poignard. L'interne de garde appelé trouve un pouls filant, un état péritonéal des plus graves et porte un pronostic fatal à brève échéance.

Le 6 au matin, le docteur Chifoliau voit la malade. In extremis, il tente une intervention : incision iliaque gauche, donnant issue à une grande quantité de pus fluide, fétide, provenant d'un gros abcès pelvien. On met en place un drain. Une colpotomie pratiquée immédiatement après ouvre un second abcès pelvien.

Décès dans la journée.

Nous avons estimé qu'il était intéressant de rapporter l'observation suivante, bien qu'il ne s'agisse pas de salpingite. C'est l'histoire d'une hématocèle suppurée ouverte spontanément dans le rectum, guérie par colpotomie et hystérectomisée par la suite :

Observation VII. — Madame D..., 35 ans.

Pas d'antécédents pathologiques : une fausse couche, quatorze ans auparavant. Bien réglée.

Le 29 octobre 1925, Madame D... voit ses règles, ou ce qu'elle croit être ses règles, apparaître après un retard de vingt-quatre jours. Les dernières règles dataient du 4 septembre. Ces pertes sont abondantes. Elles durent neuf jours, au lieu de trois comme les règles normales. Elles s'accompagnent de caillots et de douleurs irradiées aux lombes. En même temps, la malade est asthénique. Elle s'amaigrit et s'anémie.

Le 14 novembre suivant, elle s'aperçoit qu'elle perd des glaires par l'anus. Température à 38°5.

La malade entre à l'hôpital de Brives-la-Gaillarde.

Glace sur le ventre. Tout semble se calmer au bout de huit jours. Elle ne souffre plus, n'a plus de pertes. Mais elle se plaint d'une constipation opiniâtre.

Le 15 décembre, la malade rentre chez elle toujours assez fatiguée.

Le 2 janvier, reprise des pertes rouges, noirâtres, qui per-

sistent tout le mois d'une façon discontinue. Elle est reprise de douleurs abdominales et lombaires, tandis que la constipation est rebelle à toute thérapeutique.

Brusquement, le 16 janvier, au cours d'une crise douloureuse, pertes de sang noir par l'anus, sang très fétide que la malade nous a comparé à de la « vase ». Cet écoulement, loin de se tarir, persiste continu, fétide, de plus en plus abondant.

Le 24 janvier, Mme D... se décide à venir à Paris et entre dans le service de notre maître, le docteur Chifoliau. Son état général est mauvais, amaigrissement et anémie. Température à 37°8-38°5. Douleur abdominale légère.

Toucher vaginal : le cul-de-sac postérieur est occupé par une masse dure. Le corps de l'utérus est immobilisé, bloqué par cette masse.

Toucher rectal : on perçoit cette même masse en avant du rectum, masquant l'utérus. Le doigt ramène du sang noir, fétide.

Le 28 janvier 1926, on pratique une colpotomie qui donne issue à du sang noir.

La malade reste vingt-deux jours à l'hôpital pendant lesquels on lui donne une injection antiseptique matin et soir à canal ouvert.

La température est tombée immédiatement à 37°.

Le 19 février, la malade sort avec un écoulement continu mais peu abondant. On lui dit de revenir quand celui-ci se sera tari.

C'est ce qui se produit au bout d'un mois.

Et le 30 mars la malade revient. On l'opère le 3 avril 1926 : adhérences organisées dans le cul-de-sac antérieur.

Les annexes gauches sont augmentées de volume, très adhérentes dans le cul-de-sac postérieur. La trompe est kystique. Du côté droit, l'ovaire est un peu kystique et la trompe perméable. On enlève les annexes gauches. Drain de vingt-quatre heures.

La malade est revue le 25 octobre suivant, enceinte de quatre mois et demi.

## CONCLUSIONS

1° La Colpotomie, opération simple, est une ressource précieuse dans le traitement de certaines salpingites. Elle prévient la péritonite généralisée par rupture d'une collection suppurée ou par pelvipéritonite extensive. Elle permet de refroidir les inflammations salpingo-ovariennes chez des femmes très jeunes, non justiciables d'une castration totale. Dans certains cas, elle a pu suffire pour guérir les accidents aigus et rendre inutile l'ablation des annexes malades par la voie haute. Le plus souvent elle accélère le refroidissement des lésions dont l'ablation devient ultérieurement moins grave et plus facile ;

2° Mais ses indications pour être nettes sont limitées : périsalpingites facilement accessibles par le vagin. Autant que possible ne jamais colpotomiser de kystes salpingiens purulents. On s'exposerait à voir se constituer une fistule salpingo-vaginale de pronostic pouvant être sérieux ;

3° Le drainage par drain en T n'est pas d'une nécessité absolue. Une surveillance attentive de l'orifice de colpotomie peut le remplacer avantageusement ;

4° La vaccinothérapie, quoique encore imparfaite, doit toujours être associée au traitement chirurgical, soit sous forme de stock-vaccin, soit sous forme d'auto-vaccin.

*Vu*, le Doyen :
ROGER

*Vu*, le Président de thèse :
J.-L. FAURE

*Vu et permis d'imprimer :*
le Recteur de l'Académie de Paris
LAPIE

# BIBLIOGRAPHIE


BEAUSSIER. Ponction du cul-de-sac postérieur. Paris, 1922.

BONHOMME et BAILLAT. Rupture de pyosalpinx en péritoine libre. *Soc. obst. gynéc.*, 1924.

DELMAS, LISBONNE. Pyosalpinx et stock-vaccin. *Lyon chirurgical*, 1923.

DONOVAN. Postérior colpotomy. *Méd. J. Australia.* Sydney, 1924.

J.-L. FAURE et SIREDEY. Gynécologie.

KREISS. Rupture d'un pyosalpinx. *Bul. soc. obst. gynéc.* Paris, 1924.

LECÈNE et LERICHE. Thérapeutique chirurgicale.

LAURENCE. La vaccinothérapie des annexites. Paris, 1922.

LE PROVOST DE SAINT-JEAN. Contribution au traitement médical des salpingites : les boues radio-actives. Paris, 1922.

MORICE. Le traitement de certains pyosalpinx par la salpingotomie. Paris, 1924.

MORELY. La Colpotomie postérieure. Paris, 1899.

SAVARIAUD. Salpingotomie vaginale par l'abdomen dans les pyosalpinx inextirpables. *Soc. chir.*, 1922.

VORON, MICHON, SÉDAILLON. *Lyon Chirurg.*, 1923.


# TABLE DES MATIÈRES


Introduction. — Historique ..... 9

Chapitre I[er] : Technique opératoire ..... 11

Chapitre II : Indications opératoires ..... 18

Chapitre III : La Vaccinothérapie ..... 33

Observations ..... 38

Conclusions ..... 45

Bibliographie ..... 47